|  |  |
| --- | --- |
|  | **EUROPÄISCHE KOMMISSION** |

**Bewerbungsformular**

**AUSWAHL VON BEDIENSTETEN AUF ZEIT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nummer des Auswahlverfahrens** | **COM/TA/HR/2023/PSYCHIATRIST/AD9/BRUSSELS** |

|  |
| --- |
| **DAS BEWERBUNGSFORMULAR IST VOLLSTÄNDIG AUSZUFÜLLEN. EIN FEHLERHAFT AUSGEFÜLLTES FORMULAR KANN ZUR ABLEHNUNG DER BEWERBUNG FÜHREN.**  **SIE KÖNNEN DAS BEWERBUNGSFORMULAR IN IHRER AUS DEN 24 AMTSSPRACHEN DER EUROPÄISCHEN UNION GEWÄHLTEN SPRACHE 1 AUSFÜLLEN, MIT AUSNAHME VON PUNKT 10, DER IN SPRACHE 2 AUSZUFÜLLEN IST.**  **BITTE BEACHTEN SIE, DASS IHR GESAMTES BEWERBUNGSFORMULAR VOM AUSWAHLAUSSCHUSS (WÄHREND DES AUSWAHLVERFAHRENS) UND VON DEN PERSONALABTEILUNGEN DER EUROPÄISCHEN KOMMISSION (ZWECKS EINSTELLUNG BEI ERFOLGREICHER BEWERBUNG) EINGESEHEN WERDEN KANN. DIE GENANNTEN STELLEN ARBEITEN IN EINER BEGRENZTEN ANZAHL VON VERKEHRSSPRACHEN.**  **WENN SIE AUSGEWÄHLT UND IN DIE EIGNUNGSLISTE AUFGENOMMEN WERDEN, WERDEN SIE GEBETEN, DEN EINSTELLENDEN DIENSTSTELLEN EINE ENGLISCHE ÜBERSETZUNG IHRES BEWERBUNGSFORMULARS ZU ÜBERMITTELN, FALLS SIE IHR BEWERBUNGSFORMULAR IN EINER ANDEREN SPRACHE AUSGEFÜLLT HABEN.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1**. | **Nachname** | **Geburtsname (falls zutreffend)** | **Vorname(n)** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **Anschrift**  **(Änderungen sind so rasch wie möglich mitzuteilen)** | **E-Mail-Adresse** |  |
|  |  | **Telefon (dienstlich)** |  |
|  |  | **Telefon (privat)** |  |
|  |  | **Mobil­telefon** |  |
|  |  |  |  |
|  | **Name und Telefonnummer einer Kontaktperson (für den Fall, dass Sie nicht erreichbar sind)** | |  |
|  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3**. | **Geburtsort und ‑land** | **Geburtsdatum**  **(TT.MM.JJ)** | **Derzeitige STAATSANGEHÖRIGKEIT (bei doppelter Staatsangehörigkeit sind beide anzugeben)** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** | **Geschlecht** |  | **M** |  | **W** |  |  | **DIVERS** |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **5. Dienstort: Brüssel (BE)**  **6. Sprachkenntnisse** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [***Sprachen***](https://europa.eu/europass/system/files/2020-05/CEFR%20self-assessment%20grid%20DE.pdf) | ***S1(\*):*** | | | | ***S2(\*):*** | | | | | ***S3(\*):*** | | | | | ***S4(\*):*** | | | |
| **Lesen** | **Schreiben** | **Hören** | **Sprechen** | **Lesen** | **Schreiben** | **Hören** | **Sprechen** | **Lesen** | | **Schreiben** | **Hören** | **Sprechen** | **Lesen** | | **Schreiben** | **Hören** | **Sprechen** |
| **C2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| **C1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| **B2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| **B1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| **A2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| **A1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |

*\** ***Bitte Sprache angeben***

|  |  |
| --- | --- |
| **Sonstige Sprachen:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **7.** | **Hochschulbildung** |
|  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name und Ort der Einrichtung**  **(Ort, Land)** | **Erworbener Abschluss** | **Datum der Erlangung Ihres Abschlusses**  **(Tag, Monat, Jahr)** | **Voll­ständig absolviert ja/nein** | **Regel­studien­dauer** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Gegebenenfalls bitte weitere Zeilen hinzufügen.*

|  |
| --- |
| **8. Zusatzausbildung, Fort- und Weiterbildung** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name und Ort der Einrichtung**  **(Ort, Land)** | **Erworbener Abschluss** | **Datum der Erlangung Ihres Abschlusses**  **(Tag, Monat, Jahr)** | **Volls­tändig absolviert ja/nein** | **Regel­studien­dauer** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Gegebenenfalls bitte weitere Zeilen hinzufügen.*

|  |
| --- |
| **9. Berufserfahrung**  **9.1 Verfügen Sie über mindestens zehn Jahre Berufserfahrung, die nach dem Abschluss des Medizinstudiums erworben wurde? Bitte geben Sie in chronologischer Reihenfolge – beginnend mit Ihrer derzeitigen Stelle – alle bisherigen Stellen sowie Ihre jeweiligen Aufgaben an.** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Funktion** | **Name und Anschrift des Arbeitgebers** | **Beschäfti­gungsgrad[[1]](#footnote-1)** | **Von**  **(Tag, Monat, Jahr)** | **Bis**  **(Tag, Monat, Jahr)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Gegebenenfalls bitte weitere Zeilen hinzufügen.*

**10. Vorauswahlkriterien**

**Bitte beschreiben Sie Ihre Berufserfahrung und geben Sie an, wie diese mit den nachstehenden Vorauswahlkriterien gemäß Abschnitt 5.2 der Aufforderung zur Interessenbekundung in Zusammenhang steht.**

10.1. Haben Sie mindestens 5 Jahre Berufserfahrung (nach dem Abschluss der Facharztausbildung) im Bereich der Psychiatrie erworben?

Nein

Ja

Falls ja, geben Sie bitte Folgendes an:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Art und Beschreibung der Tätigkeit** | **Name des Arbeit­gebers** | **Beschäfti­gungsgrad** | **Von**  **(Tag, Monat, Jahr)** | **Bis**  **(Tag, Monat, Jahr)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Gegebenenfalls bitte weitere Zeilen hinzufügen.*

10.2. Verfügen Sie über mindestens 3 Jahre Berufserfahrung in einem internationalen/multikulturellen Umfeld in einem der folgenden Bereiche: Arbeitsmedizin, Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Notfallmedizin, Tropenmedizin, Infektiologie, Reanimation und Intensivmedizin, ärztliche Kontrolle krankheitsbedingter Fehlzeiten, öffentliche Gesundheit, Psychiatrie, medizinische Gutachtertätigkeit und Versicherungsmedizin?

Nein

Ja

Falls ja, geben Sie bitte Folgendes an:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Art und Beschreibung der Tätigkeit** | **Name des Arbeit­gebers** | **Beschäfti­gungsgrad** | **Von**  **(Tag, Monat, Jahr)** | **Bis**  **(Tag, Monat, Jahr)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Gegebenenfalls bitte weitere Zeilen hinzufügen.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **11**. | **Haben Sie eine körperliche Beeinträchtigung, die besondere Vorkehrungen bei den Prüfungen erfordert?** | |
|  | **Ja** | **Nein** |
|  | **Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben und teilen Sie uns mit, welche Vorkehrungen Ihrer Meinung nach erforderlich sind.** | |

**ERKLÄRUNG**

Hiermit erkläre ich, dass

a) ich die Staatsbürgerschaft eines Mitgliedstaats der Europäischen Union besitze,

b) ich im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte bin,

c) ich den Verpflichtungen aus den geltenden Wehrgesetzen nachgekommen bin,

d) ich den sittlichen Anforderungen der Tätigkeit genüge,

e) die oben gemachten Angaben sowie die Angaben in den Anlagen wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Mir ist bekannt, dass ich die Angaben in meinen Bewerbungsunterlagen mit entsprechenden Dokumenten belegen muss.

Mir ist bekannt, dass nach Artikel 50 der Beschäftigungsbedingungen für die sonstigen Bediensteten der Europäischen Union[[2]](#footnote-2) falsche Angaben in meinen Bewerbungsunterlagen zum Ausschluss und/oder gegebenenfalls zur Kündigung meines Vertrags führen können.

(Datum) (Name und Unterschrift)

BITTE UNTERZEICHNEN SIE DAS DOKUMENT UND SPEICHERN SIE ES IM PDF-FORMAT, BEVOR SIE ES DEM VOLLSTÄNDIGEN BEWERBUNGSDOSSIER BEIFÜGEN.

1. Z. B. Vollzeit, Teilzeit usw. [↑](#footnote-ref-1)
2. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:01962R0031-20200101&qid=1579010653487&from=DE>

   [↑](#footnote-ref-2)